

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Iosub FRAITAG

Né le 28 Octobre 1909, à Târgul-Frumos (Roumanie)

La Cellulite de la nuque

Sa Pathogénie et son Traitement

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Iosub FRAITAG

Né le 28 Octobre 1909, à Târgul-Frumos (Roumanie)

La Cellulite de la nuque

Sa Pathogénie et son Traitement

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

I. -- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	NOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MIL J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	OBEPLING	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PORTES	Ophtalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie	RICHET	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SANNIE	Pathologie chirurgic.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathol. expérimentale
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TROISIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MOURE	
LIAN		QUENU	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
SEZARY		VELTER	
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MES FRÈRES

A M. LE DOCTEUR A. LEMIERRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Claude Bernard

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.
Hommage de notre profonde gratitude.*

A MON MAITRE, M. LE DOCTEUR M. BRULÉ
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Tenon

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans ce travail. Qui
nous a prodigué de précieux conseils.
Qui nous a toujours accueilli avec bien-
veillance dans son service.*

*Témoignage de notre vive reconnaissance
et de notre profond dévouement.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

HISTORIQUE

Nous nous proposons dans cette thèse de décrire la cellulite de la nuque, étant bien entendu qu'elle n'est qu'un cas particulier d'une maladie générale pouvant atteindre les tissus cellulaires sous-cutanés ou musculaires de tous les points du corps.

A l'heure actuelle, nous possédons de nombreux travaux concernant toutes les cellulites; mais, nous devons remonter à plus d'un siècle pour apprendre que les masseurs suédois traitaient et guérissaient des noyaux durs du tissu panniculeux sous-cutané qu'ils appelaient myocellulite ou myite.

La description de la cellulite commence avec Balfour (1816), Scudamore (1827). Ils décrivent des nodosités dans les tendons et les fascias des muscles. Froriep (1843) décrit des « Muskelswielen », qui semblent être des noyaux de cellulite intramusculaire.

Un docteur suédois, Norström (1888) signale en France, l'existence de céphalées rebelles que l'on pouvait guérir par le massage des muscles cervico-dorsaux indurés et douloureux.

Wetterwald (1908) au premier congrès de physiothérapie de Médecine de langue française, fait

des communications sur les névralgies et les névrites où il soutient la nature cellulitique.

Stopfer décrit la cellulite pelvienne à laquelle il rapporte beaucoup de troubles génitaux.

Depuis lors, la cellulite a fait l'objet de très nombreux travaux :

En France, citons ceux : d'Hartenberg, L. Lévi, Forestier, Alquier, Paviot, Guy Laroche et Mlle Meurs, M. Brulé.

En Allemagne, citons ceux de : Rosenbach, (1886), Auerbach, Muller, Edinger.

En Angleterre, ceux de : Stockmann, Balfour.

De nombreuses observations nous ont permis de constater cliniquement que la cellulite de la nuque est liée à de nombreux troubles hépato-intestinaux, d'où l'inspiration que nous a suggérée M. Brulé, Professeur agrégé, d'entreprendre cette thèse.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre nous faisons l'histoire de la pathogénie et de l'étiologie de la cellulite en général et exposons le rôle primordial des affections bilio-intestinales dans la genèse de la cellulite de la nuque.

Nous adressant aux nombreux travaux parus sur ce sujet, l'origine et la nature des cellulites restent encore discutables. Différentes explications en ont été données.

THÉORIE RHUMATISMALE

Dans certains pays, Allemagne et Angleterre, la cellulite est généralement classée à côté des rhumatismes chroniques et possède la même origine. Nous savons que la pathogénie du rhumatisme chronique est presque inconnue. Donc, faire une analogie avec la cellulite est certainement une explication insuffisante. Mais si ces malades présentent souvent des douleurs variables pseudo-rhumatoïdes qui ne sont en somme que la traduction clinique de leurs infiltrats, ils offrent par ailleurs un

syndrome dyspeptique. En France, Alquier, Guy Laroche et d'autres auteurs croient aussi à l'origine rhumatismale de la cellulite. Dans une statistique établie sur 68 malades atteints de cellulite et de rhumatisme, Parturier a trouvé ;

- 11 cas de cellulite sans rhumatisme, 2 hommes.
- 16 cas de rhumatisme sans cellulite, 4 hommes.
- 41 cas de cellulite et de rhumatisme associés,
5 hommes.

THÉORIE DE LA STASE LYMPHATIQUE

Alquier attribue la cellulite à un engorgement lymphatique, résultant d'une inflammation éteinte ou atténuée à la suite des infections et intoxications lentes et diverses.

A la région cervicale ce sont des infections des cavités de la face, otites, sinusites, etc., qui seraient les points de départ de cet engorgement avec stase. Les affections thoraco-abdominales pourraient de même amener un engorgement des confluent lymphato-sanguins du cou d'où stase lymphatique du drainage cervico-céphalique qui, comprimant les troncs lymphatiques, les diviserait en minuscules segments qui ne seraient autre chose que les grains de cellulite, lesquels pourraient n'être aussi que des minuscules ganglions lymphatiques ayant réagi à l'infection locale.

THÉORIE DE L'ALTÉRATION HUMORALE

Pour Wetterwald, par suite d'une altération humorale liée à l'arthritisme, le milieu intérieur, constitué par les espaces conjonctifs, deviendrait le siège de dépôts de déchets, d'où des stases, des points d'engorgement et si les filets nerveux sont intéressés ou comprimés, des douleurs. Guy Laroche et Mlle Meurs soutiennent cette explication par les modifications humorales que l'on retrouve fréquemment chez ces malades. Les anomalies du taux d'acide urique, d'acide oxalique, la cholestérine qui augmente de 1 gr. 80 à l'état normal à 3 gr. et plus, seraient en faveur d'une origine arthritique et gouteuse de la cellulite.

Les auteurs modernes s'accordent à faire de la cellulite une sorte d'état gouteux du tissu cellulaire. Les poisons se fixeraient dans le tissu cellulaire sous-cutané par une sorte de procédé de défense de l'organisme qui se débarrasserait ainsi de substances inutiles. Cela se passerait ainsi avec les sédentaires qui ne font pas d'exercices physiques.

M. Brulé ne partage pas les mêmes conceptions et dans son article paru le 6 janvier 1937 dans la Presse Médicale écrit : « La goutte, l'arthritisme, l'obésité ont été incriminés, mais sont en réalité fort rares dans l'histoire des malades si nombreux qui souffrent de la cellulite ».

D'autres auteurs, par leurs travaux, ont montré

que la diathèse arthritique n'est pas génératrice de la cellulite.

Lagèze a pratiqué l'intradermoréaction à l'huile cholestérinée — 5 % — selon la technique proposée par Loeper et Lemaire comme test des maladies précipitantes. Elle n'a jamais été positive chez ses cellulalgiques. La cholestérinémie fut trouvée normale chaque fois qu'elle fut recherchée.

Nous suivons régulièrement les consultations de M. Brulé. Dans l'interrogatoire et l'examen minutieusement pratiqués sur des malades atteints de cellulite de la nuque, nous n'avons pu déceler des troubles de la nutrition. Donc nous ne pouvons pas affirmer que les arthritiques sont sujets à la cellulite de la nuque ou bien que celle-ci évolue sur un terrain caractérisé par un état anormal de la nutrition.

THÉORIE INFECTIEUSE ET TOXIQUE

Les affections les plus diverses à évolution lente ou aiguë ont été incriminées dans la genèse de la cellulite. On retrouve la grippe, la fièvre typhoïde dans les antécédents des malades.

Paviot insiste sur le terrain tuberculeux à manifestations légères.

Dans le passé pathologique de ses malades il a pu retrouver la pleurésie sèche, une cicatrice de ganglion cervical, ostéite costale dans la jeunesse.

Le même auteur invoque les intoxications lentes par le gaz d'éclairage.

Pour Favre, la syphilis joue un rôle important, mais Guy Laroche croit plutôt à l'hérédo-syphilis qui agirait par l'intermédiaire des troubles endocriniens.

Lagèze a eu l'occasion d'observer de véritables formes aiguës de cellulite des membres inférieurs d'origine syphilitique, cédant rapidement au traitement antisiphilitique. Le même auteur a remarqué que l'étylisme plus ou moins marqué mais régulièrement entretenu pouvait suffisamment expliquer à lui seul la déficience fonctionnelle et progressive de la glande hépatique. Nous rappelons, là, que nombre d'auteurs soutiennent que l'insuffisance hépatique cause la cellulite.

Hartenberg incrimine les affections pharyngées à répétition dans la genèse des cellulites cervicales. Dans cet ordre d'idée nous rappelons la communication du Dr. Caboche au congrès de la Société Française d'O.R.L. de 1931.

Se basant sur 16 cas observés par lui il montra l'importance de la cellulite dans beaucoup de phénomènes cliniques O. R. L.

Hugel (Bagnoles de l'Orne), à la suite de ses constatations cliniques a pu reconnaître des cellulites :

d'origine infectieuse qui s'installent brusquement avec de la fièvre, téguments rouges, violacés,

touché douloureux, derme infiltré, lardacé, faciès grippé, vomissements. Elles évoluent par poussées et présentent par la suite de l'œdème.

D'origine toxique : celles-ci s'installent insidieusement. Il s'agit habituellement de personnes chez qui le sang, la lymphe, contiennent une quantité anormale de substances toxiques, hyperuricémie, hyper-cholestérolémie, hyperglycémie, établissant un ralentissement de leur circulation de retour. D'où résulterait une imprégnation du tissu cellulaire sous-cutané.

Les cellules mixtes où participe le facteur infectieux et toxique. Il est presque constant qu'il s'agisse en l'espèce d'une localisation toxique sur un terrain déjà infecté.

Cellulites de type indéterminé sont moins fréquentes que les précédentes. Elles seraient en relation avec une infection du petit bassin.

A ces quatre types de cellulites des membres inférieurs, Hugel voit de l'œdème, de la fièvre, température locale plus élevée, souvent teinte jambonnée. Ces symptômes et signes, sont plus ou moins manifestes selon le type cellulite. Chez tous ces malades il y a un point commun : ralentissement de la circulation de retour dû à une insuffisance veineuse progressive. Ces constatations ont été faites sur des malades, tous des insuffisants veineux se plaignant de leurs membres inférieurs atteints précédemment de phlébite superficielle ou profonde.

Malgré le grand nombre de consultants cellulitiques nous n'avons pu constater des cellulites ayant trait aux types de cellulites remarquées par Hugel.

Par contre, des cellulites intenses de la nuque, peuvent s'accompagner d'une cellulite des membres inférieurs, localisée de préférence à la face interne des cuisses et des mollets mais sans œdème, sans chaleur locale et sans fièvre. Le système veineux étant indemne.

ROLE DE LA COLIBACILLOSE

Roland Leven partage le même avis que Desgeorges, au moins dans certains cas, qui soutient l'origine colibacillaire de la cellulite. Au cours d'une colibacillémie chronique dit-il, les colibacilles retenus dans différents points du tissu cellulo-graisseux pourraient provoquer une réaction inflammatoire pour déterminer un infiltrat.

Il remarque que la colibacillose est très fréquente chez des sujets maigres chez qui la cellulite est rarissime.

M. Brulé nous a montré que la cellulite est également fréquente chez des sujets maigres ou obèses.

THÉORIE ENDOCRINIENNE

Les troubles endocriniens seraient des facteurs importants dans la création de la cellulite.

Pour Léopold Lévi l'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie produiraient des manifestations cutanées qu'il rapproche de la cellulite. D'autre part il est avéré que les basedowiens et les myxœdémateux ne sont pas cellulitiques. Le même auteur estime que le seul traitement de la cellulite réside dans la physiothérapie et que le traitement endocrinien peut seulement dans quelques cas modifier le terrain.

Pour Guy Laroche et ses collaborateurs, la cellulite est presque régulièrement liée à une insuffisance ovarienne complète ou partielle. Ils soutiennent qu'un dérèglement thyroïdien entraîne un dysfonctionnement ovarien, qui, ensuite, entraîne l'apparition de la cellulite. Guy Laroche souligne la proportion infiniment plus forte de la cellulite chez la femme que chez l'homme. Trois fois sur quatre la cellulite s'observe chez des femmes castrées ou arrivées à la ménopause. A l'appui de ces conclusions il invoque la fragilité de l'appareil génital de la femme à l'égard de toutes les causes d'intoxications et d'infection générale ou locale, tandis que l'appareil génital de l'homme fonctionne d'une façon en général régulière après la puberté. Nous montrerons plus loin les raisons pour lesquelles la cellulite est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle atteigne aussi bien les adolescentes, les adultes, que les femmes castrées.

L'Hypophyse agirait dans le même sens que la thyroïde par l'intermédiaire de l'ovaire. La gonadostimuline, sécrétion hypophysaire, étant excitante

de l'ovaire, sa déficience produirait une insuffisance ovarienne d'origine hypophysaire.

Léopold Lévi a eu l'occasion d'observer des insuffisances surrénales typiques, avec asthénie extrême, dépression psychique, hypotension, taches pygmentaires chez des femmes atteintes de cellulite.

Le traitement surénalien dit-il a amélioré les douleurs cellulitiques. Nous pensons que les douleurs font partie plutôt de l'insuffisance surrénale.

Ces cas sont exceptionnels et il s'agissait vraisemblablement de coïncidences.

Nous disions plus haut que Guy Laroche considère le trouble ovarien comme cause presque exclusive de la cellulite, mais Léopold Lévi s'est efforcé de mettre en évidence, à propos de chaque observation, des signes cliniques d'instabilité thyroïdienne et de rattacher la cellulite elle-même à la pathologie thyroïdienne pour ne laisser à l'insuffisance ovarienne que le rôle provocateur des troubles thyroïdiens.

Dans l'enseignement hospitalier de M. Brulé, les troubles endocriniens et surtout les troubles ovariens jouent un rôle secondaire, ou peut-être sans importance dans la genèse de la cellulite de la nuque.

Cliniquement nous voyons souvent des jeunes filles, adolescentes de 15-16 ans, des adultes atteintes de cellulite de la nuque et, dans les observations attentivement prises, nous n'en décelons le moindre

trouble ovarien. Souvent les femmes sont parfaitement réglées et n'ont jamais eu à se plaindre du côté de l'appareil génital. Elles étaient de tout âge. Donc la cellulite n'est pas particulièrement fréquente après la ménopause et la castration.

Et à juste raison, M. Brulé écrit :

« Alors même qu'il existe de la dysménorrhée elle n'est ni dans le temps ni par son intensité parallèle à la cellulite. On peut d'ailleurs se demander si les troubles menstruels, quand ils existent, traduisent une insuffisance ovarienne cause de la cellulite, ou s'ils ne sont pas au contraire la conséquence d'une cellulite pelvienne bien décrite par Stapfer ».

THÉORIE HÉPATO-INTESTINALE

On invoque des causes très diverses et très nombreuses, déficiences glandulaires, infection de voisinage, infections aiguës ou chroniques, diathèses goutteuse et arthritique, l'obésité et le rhumatisme, etc... qui semblent, pour nous, avoir une importance relative.

Nous avouons ne pas être tout à fait convaincus par ces explications invoquées par un grand nombre d'auteurs.

Ayant passé en revue les études sur la cellulite par différents auteurs, nous allons aborder nos constatations.

Nous avons toujours été frappés par la coïncidence fréquente des troubles intestino-biliaires et de la cellulite de la nuque. Ne serait-ce pas là une des raisons qui font cette affection si répandue chez la femme ? On sait combien sont fréquents, chez elle, les troubles intestinaux et biliaires, ainsi que la constipation.

Les colopathies chroniques, le spasme intestinal douloureux, la stase intestinale chronique et latente, les alternatives de constipation et de débâcles sont les plus observées. Parmi les troubles biliaires on trouve des cholécystites simples, d'origine intestinale (Brulé), et aussi des cholécystites chroniques lithiasiques, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Mais, là encore, il faut rappeler que la cholécystite est beaucoup plus répandue dans le sexe féminin. A ce point de vue étiologique nous trouvons nécessaire d'insister sur les travaux de MM. Brulé et Garban (1923) où ils décrivent « le syndrome entéro-hépatique » comparable au « syndrome entéro-rénal » de Heitz-Boyer et montrent explicitement le retentissement de certaines affections intestinales sur le foie et les voies biliaires. Nous nous demandons donc si chez ces entéritiques atteints de cellulite, il n'y aurait pas une résorption de toxines par la muqueuse intestinale et que cette intoxication produirait par la suite une réaction inflammatoire du tissu conjonctif qui aboutirait à la cellulite ?

Ainsi les facteurs intestinaux et biliaires peuvent de concert, ou isolément, intervenir pour créer

la cellulite. Nous ne savons pas lesquels sont primordiaux : facteurs intestinaux ou facteurs biliaires.

A ce point de vue nous reproduisons un passage de l'article publié par M. Brulé.

« Nous ne croyons pas cependant que l'atteinte du cholécystite soit indispensable pour qu'apparaisse la cellulite ; une colopathie spasmodique prolongée nous semble un facteur suffisant. Nous avons suivi pendant des années des malades atteints de colopathies nerveuses qui n'ont jamais présenté de signes de cholécystite, mais qui, cependant, avaient une cellulite très intense de la nuque. D'autre part, bien que nous considérions que la cholécystestomie reste contre indiquée dans les cholécystites non lithiasiques, nous avons été obligés de faire enlever la vésicule biliaire dans quelques cas de cholécystite simple, d'origine intestinale. Or, la cellulite n'a pas cédé à l'ablation de la vésicule biliaire et a persisté pendant des années, évoluant parallèlement à l'intensité des troubles intestinaux qui persistaient ».

Nous pouvons donc dire que nombre de sujets classés hépatiques, ne sont, en réalité, que des hépatiques secondairement à une infection intestinale.

Cela nous est d'un précieux concours pour savoir comment instituer le traitement. Toutes les

affections intestinales ne sont pas génératrices de cellulite. Dans les mega-colons et dolicho-colons dans les parasitoses intestinales, même anciennes, nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en voir très fréquemment dans le service de M. Brulé, nous rencontrons rarement la cellulite de la nuque, mais nous y voyons aussi rarement la cholécystite secondaire.

A la suite de nombreuses observations, suivies et traitées, depuis un certain nombre d'années, M. Brulé arrive à trouver la cellulite presque exclusivement dans deux catégories de cas ; d'une part les colopathies chroniques spasmodiques, si souvent compliquées de cholécystites chroniques non lithiasiques et, d'autre part, dans la lithiase vésiculaire. A plusieurs reprises, nous avons montré que M. Brulé tient les conceptions rhumatismales, goutteuses et endocrines et surtout l'insuffisance ovarienne, de moindre importance, dans la production du moins de la cellulite de la nuque.

D'autres auteurs ont fait les mêmes remarques que M. Brulé. Ainsi, son élève, Mme N. Du Bouchet, (thèse Paris 1931) « La majorité de nos malades était des colitiques avérés, entéro-colite muco-membraneuse, constipation opiniâtre alternant avec débâcles diarrhéiques, douleurs vives le long du colon, coïncidence des crises de colite avec des accès de céphalée, diminution des maux de tête parallèlement à l'amélioration intestinale tels sont les faits très fréquemment observés ».

La céphalée dont Mme N. Du Bouchet parle est un symptôme souvent observé chez les cellulitiques.

Nous donnons plus loin son explication.

Guy Laroche bien qu'il soutienne que l'insuffisance ovarienne est nécessaire pour produire la cellulite, a observé que la fréquence des troubles hépatiques est très grande dans les antécédents des cellulitiques. « On note parmi eux des états vésiculaires allant du dysfonctionnement à la lithiase biliaire en passant par toutes les infections d'origine intestinale si fréquentes chez ces sujets. Les troubles intestinaux et la constipation sont des facteurs très importants de la maladie ».

Les entéro-colites, les cas avec fermentation caractérisés par une hyperproduction d'acides organiques ont paru à Guy Laroche jouer un rôle prédominant dans la lithiase vésiculaire, génératrice de la cellulite de la nuque.

Alquier attribue la cellulite aux affections hépato-digestives plus qu'aux dysendocrinies.

Parturier, Larquier et Ricoux rappellent que les rhinopharingites, les salpingites, les urétrites, les infections générales provenant de l'humidité, les circonstances climatériques, le rhumatisme, apparaissent comme causes possibles de la cellulite. Mais, en même temps, ils insistent sur les cholécystites, les poussées d'une maladie du foie, qui font suite ou s'adjoignent des poussées de cellulite. Mais, pour le traitement, ils arrivent à des conclusions sembla-

bles à celles de M. Brulé. Ne disent-ils pas que l'état du tube digestif jouit d'une particulière importance, que l'amélioration des fonctions hépato-biliaires, la suppression des putréfactions intestinales, la correction de la constipation, devront entrer au premier plan de nos préoccupations.

Paviot l'attribue à l'insuffisance protéopexique du foie quelle qu'en soit la cause et que la cellulite s'apparente le plus souvent avec les migraines, urticaires, dermatoses et asthme.

Lagèze, élève de Paviot, dans sa thèse (Lyon 1929), soutient que la cellulite est due à une insuffisance fonctionnelle du foie mais qu'il ne s'agit jamais de glandes insuffisantes hépatiques avec ictère hémorragies multiples, troubles nerveux et syndrome urinaire. Ce sont toujours de petites insuffisances hépatiques latentes. Les malades ne sont même pas subictériques, les urines sont claires et contiennent, par intermittence, de l'urobiline, mais qu'ils présentent des troubles digestifs.

Gustave Monod à Vichy étudiant un certain nombre de cellulitiques, relève dans les antécédents que le plus grand nombre sont des hépatiques, certains autres avaient des selles à type fermentatif.

Roland Leven, bien qu'il insiste sur la colibacillose, (thèse de Desgeorges) et les troubles du corps thyroïde, montre l'importance des colites et états spasmodiques de l'intestin, de l'insuffisance hépatique dans la genèse de la cellulite. Il se mon-

tre enthousiaste envers Alfred Roux et Paul Petit qui écrivent : « Toutes nos malades étaient des hépatiques certaines, des lithiatiques anciennes infectées ou non, d'autres n'avaient pas eu de lithiases biliaires ; mais toutes présentaient des signes absolument nets d'insuffisance hépatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hanriot fait remarquer dans sa thèse (Paris 1913), que « l'Anatomie et l'histologie pathologiques de la cellulite sont très peu connues parce que les recherches en sont récentes, que plus rarement observées à l'hôpital qu'en clientèle ces études sont difficiles enfin parce qu'étant habituellement bénignes elles n'entraînent pas l'attention lors des autopsies.

Les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire se rapportent à la cellulite abdomino-pelvienne. Il distingue l'œdème fibro-plastique qui n'est pas comme l'œdème séreux une infiltration diffuse ; il est en général bien limité, circonscrit, formant des tumeurs, de volume variable, tantôt dures, tantôt pâteuses et qui ne suppurent pas.

Histologiquement Geoffroy Saint-Hilaire constata différentes phases ; dilatation vasculaire, accélération puis ralentissement du cours du sang, margination des leucocytes et enfin diapédèse et exsudation.

Il rapproche les œdèmes fibro-plastiques de la cellulite de Suédois.

Pour Stapfer le substratum anatomique de la

cellulite était une dilatation de veines et un resserrement des artères, altérées ou non avec infiltration ambiante diffuse ou localisée, puis épaissement du tissu conjonctif formant des tuméfactions de volume variable englobant les filets nerveux.

Les altérations de ces filets nerveux sont la cause des névrites périphériques, d'où résulte des troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

Stockmman le premier, en 1904, pratique des biopsies chez des malades présentant des infiltrats cellulalgiques qu'il appelait encore à cette époque « indurations rhumatismales chroniques ». Une chose importante s'en dégage : l'absence de diapédèse.

Lagèze (thèse Lyon 1929), conteste la valeur de ces travaux car les différents examens histologiques ont été faits sur des fragments de cellulite prélevés sur le cadavre. Aucune histologie fine ne peut être faite dans ces conditions. On ne retrouve jamais les infiltrats cellulalgiques après la mort, sauf lorsqu'il s'agit de nodules très anciens fibreux. Il arrive à certaines conclusions, à la suite de nombreuses biopsies pratiquées sous anesthésie générale, car l'anesthésie locale peut amener des modifications vaso-motrices ou une infiltration artificielle des tissus prélevés.

Quant à Stockman qui a fait, lui aussi, des biopsies l'absence de diapédèse est le seul résultat valable pour Lagèze.

L'étude microscopique montra à Lagèze quatre stades successifs.

1. La lésion première semble être une vaso dilatation simple des petits vaisseaux autour de cellules adipeuses, dans le tissu conjonctif et les espaces interstitiels.

Cette vaso-dilatation caractérise la phase congestive au cours de laquelle aucune lésion nette ne peut-être mise en évidence. Cette phase est d'ailleurs toujours très rapide, elle peut passer inaperçue.

2. Puis survient la phase exsudative qui correspond cliniquement aux premiers symptômes. La vaso-dilatation persiste et s'accuse encore ; elle s'accompagne alors d'un exsudat presque uniquement plasmatique, sans diapédèse. Cet exsudat est, d'ailleurs, toujours difficile à mettre en évidence sur les coupes car il disparaît au cours de la fixation et du séjour des fragments dans l'alcool et le toluène. On constate néanmoins qu'il dissocie les travées conjonctives et s'infiltré entre les faisceaux connectifs du tissu cellulaire. Cette exsudation plasmatique correspond à l'inondation séreuse de Renaut avec absence de cellules inflammatoires récentes ; cliniquement elle se traduit par la crépitation fine si particulière aux infiltrats récents.

3. Puis survient la phase d'organisation qui peut, d'ailleurs, manquer. L'exsudat peut en effet se résorber complètement, ainsi qu'en témoigne la

disparition de certains infiltrats douloureux ou leur modification par le massage. Mais s'ils sont abandonnés à leur évolution naturelle, les infiltrats vont s'organiser. Le détail de cette transformation est assez délicat à saisir et nous ne prétendons pas pouvoir la décrire encore avec quelque précision. Une seule chose est certaine, c'est la grande pauvreté en cellules inflammatoires de ce tissu de remaniement, qui contraste avec l'abondance de ces éléments dans les inflammations communes. On a l'impression que cette organisation se fait par un véritable « phénomène de métamorphisme » de Nageotte et qu'il se produit une collagénisation progressive de la fibrine exsudée, sans intervention de cellules inflammatoires.

Par ailleurs, les ramuscules nerveux du tissu conjonctif n'échappent pas à ce processus. On voit des exsudats dans l'endonèvre, bridés par le péri-nèvre, refouler les filets nerveux et les tirailler avant de s'organiser eux aussi comme les exsudats voisins.

4. Le terme ultime de ce processus est la phase fibreuse cicatricielle.

Le nodule fibreux se trouve réalisé par régression presque totale du tissu cellulo-adipeux. Les coupes présentent alors un tissu scléreux dont les faisceaux sont étroitement unis et dont les interstices ont pour la plupart disparu.

Les vaisseaux sanguins du nodule présentent alors des lésions assez nettes d'endarterite et de péri-

artérite. On conçoit que de tels nodules ne soient plus susceptibles de régression ou tout au moins que celle-ci soit très limitée.

Lagèze conclue que le processus anatomique des infiltrats, demande encore des éclaircissements sur bien des points, sur lesquels on est réduit à des hypothèses.

SYMPTOMATOLOGIE

Cliniquement la cellulite ne comporte ni œdème, ni fièvre.

Elle se traduit par la douleur dont les malades se plaignent et par une série de modifications de la peau que l'on peut mettre en évidence par un palper méthodique, le sujet se trouvant en résolution musculaire complète.

Quand il s'agit de palper la nuque, on fait fléchir la tête de l'individu.

La peau et sa doublure sont saisies entre le pouce opposé à l'index et au médius, que l'on fait rouler entre les doigts. En cas de cellulite la peau a perdu sa souplesse et paraît épaissie, le plissement devient douloureux et souvent la peau ne peut pas être plissée ni décollée des plans sous-jacents ; le tissu cellulaire sous-cutané est empâté et douloureux à la pression, il s'infiltré de nodosités plus ou moins volumineuses, plus ou moins dures. Ce sont des infiltrats comparables à des billes, à des grains

de plomb, tantôt des cordons sinueux, tantôt des placards irréguliers qui semblent blinder le tissu cellulaire. Leur consistance est variable, les uns de formation récente sont mous, un peu rénitents, parfois ils crépitent finement sous les doigts, d'autres, de date plus ancienne, sont franchement indurés et fibreux.

La cellulite touche les sujets maigres aussi bien que les obèses ; elle peut être généralisée ou siéger en de multiples régions du corps dites d'élection.

Nous disons que la cellulite de la nuque est la localisation la plus précoce.

Mme N. Du Bouchet décrit les muscles cervicaux peuvent être atteints simultanément ou successivement. Le sterno cleido-mastoïdien est atteint en trois points de prédilection.

1. A son insertion supérieure à l'apophyse mastoïde et au tiers externe de la ligne courbe occipitale supérieure.

2. A son tiers moyen en plein muscle.

3. A son insertion inférieure, à l'extrémité interne de la clavicule ou sur la face antérieure du sternum.

La pression de ces points détermine une vive douleur locale ou irradiée et peut réveiller la céphalée.

Le Trapèze peut être affecté :

1. A son insertion claviculaire.

2. A son insertion acrominale.

3. A son insertion à l'épine de l'omoplate.

4. A son insertion ou tiers interne de la courbe occipitale supérieure, d'une protubérance occipitale à l'autre.

5. Aux apophyses épineuses des vertèbres dorsales.

6. Au corps charnu des muscles dans la région des épaules.

Tous les autres muscles de la nuque peuvent être malades à titre accessoire ; les scalènes, les romboïdes, le splénuis sont souvent le siège d'induration.

Il est rare que la localisation soit strictement à la nuque. Le plus souvent il y a coexistence d'infiltrations dans les régions plus ou moins éloignées de la nuque.

Muscles de la face : le temporal est le plus souvent atteint. Il présente des indurations à son insertion supérieure à la fosse temporale, à son insertion inférieure à l'apophyse coronoïde.

Muscles de la tête : le muscle digastrique occipito-frontal est le plus souvent intéressé. Les deux parties antérieure et postérieure sont épaissies.

Membres supérieurs : région deltoïdienne se prolongeant jusqu'aux fosses sus et sous-épineuses.

Membres inférieurs : face interne des cuisses et tout le long de la face interne des tibias.

Thorax : région précordiale et sternale.

Abdomen : le bord externe du grand droit, à droite.

La douleur dont se plaignent les malades est sans horaire. Elle est souvent unilatérale, ou bilatérale comme la cellulite elle-même. Elle est variable dans son intensité, sa forme provoquée ou spontanée.

C'est par l'examen que l'on provoque la douleur.

Cette douleur siège, le plus souvent, aux points examinés mais parfois elle irradie vers l'orbite, tempes, cuir chevelu, épaules.

A un stade plus avancé, la douleur évolue par crises paroxystiques, se produisant indifféremment la nuit ou le jour. Les crises paroxystiques se répètent à intervalle irrégulier et sont sous la dépendance de facteurs aggravants ; écart de régime, choc moral, humidité, froid, etc.

Elles ne sont pas identiques à elles-mêmes et se greffent par la suite sur un fond douloureux. Leur durée est éminemment variable.

La cellulite de la nuque n'est pas toujours douloureuse.

Il n'est pas rare de trouver une cellulite très accentuée sans provoquer au malade la moindre douleur à l'examen.

CÉPHALÉES CELLULIQUES

La plupart des sujets chez lesquels on peut reconnaître la présence de la cellulite de la nuque souffrent depuis longtemps de céphalées.

Les malades se plaignent de maux de tête qui partent de la base de l'occipital, remontant jusqu'au vertex pour se terminer vers les tempes.

Souvent, ils se manifestent par crises qui se répètent plus ou moins fréquemment, une crise toutes les semaines, tous les quinze jours ou tous les mois.

Parfois seulement ils se plaignent d'un enraidissement du cou, ou d'un endolorissement de la tête avec lourdeur ou de douleurs vagues.

Les caractères de cette céphalée sont donc assez divers, survenant chez les sujets de tout âge, même chez les enfants.

Muller, cité par Mme N. Du Bouchet, attire l'attention sur l'hypertonie musculaire et lui accorde une importance exclusive dans la production des céphalées. Il attribue l'hypertonie musculaire à un rhumatisme chronique larvé des articulations cervicales et elle apparaîtrait comme une contracture spastique de défense au plus léger degré comparable aux contractures des coxalgies ou des affections articulaires. Les muscles hypertoniques entraînent une compression des terminaisons sensitives ou celles d'un tronc nerveux comme le nerf sous-occipi-

tal d'Arnold, causes principales des céphalées. Mais l'hypertonie musculaire entraîne encore la compression veineuse et lymphatique qui provoque une congestion passive des méninges, génératrices des céphalées.

Alquier explique les céphalées de la façon suivante : la cellulite, constituée par la coexistence d'engorgement lymphatique et de rétraction tissulaire, devient douloureuse s'il y a une discordance entre ces deux éléments constitutifs. Toute cause qui provoquerait une poussée d'engorgement lymphatique, une congestion sanguine pourrait déclencher les céphalées. Il met aussi en cause l'irritation des terminaisons des nerfs sensitifs, mais, parfois aussi, d'un tronc nerveux, par exemple le nerf d'Arnold l'auriculo-temporal, les branches maxillaires et ophtalmiques du trijumeau.

Il distingue deux variétés de céphalées cellulitiques : la céphalée antérieure ou faciale due aux sinusites frontales, maxillaires, ethmoïdales ; la céphalée postérieure, sourde, pesante avec irradiations vers le vertex, la base du crâne, la nuque les épaules, est celle des arthritiques.

Certaines affections des vertèbres cervicales, d'origine rhumatismale, infectieuse ou gonococcique, par leurs symptômes peuvent se confondre avec la cellulite de la nuque.

Ces affections engendrent une céphalée occipito-nucale avec irradiations vers le vertex, la base

du crâne, les épaules. Elle est vive, sujette à des paroxysmes exacerbés par les mouvements.

Si l'on ajoute l'enraidissement de la nuque avec la gêne douloureuse des mouvements de la tête, l'erreur devient assez facile. On met l'arthrite hors de cause par l'exploration méthodique des mouvements qui sont libres et l'examen radiologique.

Mais il importe de savoir que l'existence de cette cellulite n'implique pas, de façon constante, l'existence de céphalées. Il n'est pas rare de trouver, par examen méthodique, une cellulite très accentuée et très douloureuse, tandis que le malade n'a jamais eu de maux de tête.

MIGRAINES CELLULITIQUES

A part les céphalées banales chez les cellulitiques, on observe de véritables migraines dont les rapports avec la cellulite de la nuque restent à discuter.

Pour Alquier, la cellulite n'est pas responsable de la migraine. Le siège, les caractères de la douleur sont différents et la périodicité de la migraine avec accalmie complète entre deux accès qui commencent et finissent brusquement ne se retrouve pas dans la céphalée cellulitique, moins intermittente, moins brutale, et qu'on peut réveiller ou atténuer en agissant sur la cellulite. Il n'a jamais pu en traitant la cellulite, améliorer la migraine vraie

des malades qui en souffraient simultanément ou successivement.

Guy Laroche est du même avis : « Les symptômes si précis de la migraine ne sauraient être confondus avec ceux si imprécis des céphalées banales et les caractéristiques de l'accès migraineux ne peuvent être rapprochées des caractéristiques de la crise aiguë cellulitique. »

Au contraire, Didsbury soutient que, si chez un migraineux on retrouve la présence de cellulite généralisée ou localisée aux épaules, au cou, à la tête, la cellulite est en cause.

M. Brulé admet qu'il existe des migraines avec cellulite de la nuque, mais que toutes ces migraines ne sont pas guéries par le traitement de la cellulite. Pour lui, ces migraines, ainsi que les céphalées cellulitiques, seraient d'origine vésiculaire et c'est par l'intermédiaire de la cellulite de la nuque que les affections de la vésicule biliaire font apparaître la migraine et la céphalée.

Chez beaucoup de migraineux, le massage de la nuque, ou le traitement de la cellulite par les agents physiques a permis à M. Brulé d'obtenir des améliorations importantes ou des guérisons durables qui rendent indiscutable l'action de la cellulite de la nuque dans les migraines vraies.

Les publications de Chiray et de Pasteur Valléry-Radot, sur les migraines d'origines vésiculaires, sont amplement d'accord avec les conceptions émises par M. Brulé. Pratiquement, il reste cependant

très utile de savoir, chez les migraineux, reconnaître l'existence de la cellulite de la nuque et celle des troubles intestinaux et vésiculaires, car le traitement de ces trois facteurs permettra souvent d'obtenir une grande amélioration.

SYNDROMES CLINIQUES

SYNDROME THORACIQUE

Nous disions plus haut que très souvent la cellulite de la nuque s'accompagne d'infiltration deltoïdienne, abdominale et touche certains endroits des membres inférieurs.

Ainsi la cellulite peut envahir la région sterno-précordiale, donnant naissance à des troubles respiratoires et cardiaques, réalisant ainsi une fausse angine de poitrine cellulitique.

Cliniquement cette crise est caractérisée par des palpitations, des chocs violents sur la paroi thoracique, de la difficulté à respirer, des sensations d'angoisse, des douleurs constrictives dans la région précordiale avec irradiations dans la partie interne du bras et dans le petit doigt. Ce syndrome, qui n'est qu'une fausse angine de poitrine, s'explique par l'algie intercostale causée par la fixation de la cellulite.

SYNDROME ABDOMINAL

La cellulite abdominale, plus particulièrement

localisée à droite, peut prêter à confusion avec des troubles hépatiques ou vésiculaires, les lésions du côlon ascendant, l'appendicite chronique.

Nous croyons que par la palpation méthodique, le plastron cellulitique empêchera une erreur facile à commettre. Celui-ci est d'un intérêt thérapeutique, la cellulite abdominale étant provoquée par les troubles bilio-intestinaux.

Troubles accessoires

Outre les symptômes et syndromes énoncés, les cellulitiques présentent des troubles accessoires.

Ils se plaignent d'avoir froid aux mains et aux pieds. Cela s'explique par une vaso-constriction périphérique.

La température de la peau est un peu diminuée sur les territoires cellulitiques ; les attouchements provoquent facilement des érythèmes avec légère augmentation de la température locale.

Les troubles trophiques sont nuls.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose tout entier sur la constatation objective de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

La recherche de l'infiltration a été exposée au chapitre « Etiologie et Pathogénie », ainsi que les différentes formes que l'infiltration peut prendre.

Rappelons que la cellulite ne comporte pas d'œdèmes, et, par conséquent, pas de godet à la pression du doigt. Elle ne cause pas d'élévation thermique. Nous avons déjà fait le diagnostic différentiel avec les arthrites cervicales par l'examen et la radiographie.

La cellulite se distingue : de l'obésité simple par l'absence des douleurs ; du lipôme simple, qu'est une tumeur molle plus ou moins arrondie mobile sous la peau et sur les tissus sous-jacents, non douloureux, durcit en présence de l'éther.

Les névrites ne peuvent prêter à confusion. Les douleurs sont localisées au trajet des troncs nerveux, tandis qu'elles sont régionales dans la cellulite. La névrite entraîne par ailleurs des troubles trophiques vaso-moteurs, des troubles, des réflexes. que la cellulite n'entraîne pas.

Les névralgies peuvent davantage causer des erreurs de diagnostic, elles provoquent des douleurs du même type que celles des névrites, sans troubles organiques. Le diagnostic doit reposer sur l'existence des nodules et infiltrats. La recherche des troubles bilio-intestinaux tranche le diagnostic.

Quelle que soit l'affection plus haut citée, en présence des troubles biliaires ou intestinaux, combinée à la palpation méthodique, dont nous avons déjà parlé, nous pouvons dire s'il s'agit d'une cellulite ou non.

EVOLUTION

Le début de cellulite est essentiellement variable selon les causes génératrices. Il est souvent difficile de le saisir.

Les malades vus par nous à la consultation étaient atteints bien longtemps avant. Mais les infiltrats de date récente étaient encore mous, donnant aux doigts la sensation d'une crépitation spéciale, d'autres plus vieux étaient sentis nettement plus fermes, d'autres encore, plus anciens, semblaient durs et fibreux. Une fois installée et abandonnée à son évolution naturelle la cellulite a peu de tendance à la résorption spontanée.

Le plus souvent, elle s'organise, se durcit et passe à la chronicité, procédant par poussées plus ou moins rapprochées, dans l'intervalle desquelles les malades peuvent mener une vie normale.

Nous croyons que l'évolution de la cellulite est uniquement conditionnée par la nature de la thérapeutique.

L'IMPORTANCE DIAGNOSTIQUE DE LA CELLULITE DE LA NUQUE

Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire les appréciations et les conclusions pratiques de M. Brulé sur ce sujet :

« Pratiquement la cellulite de la nuque est, dans la majorité des cas, le corollaire d'affections chroniques de l'intestin et de la vésicule biliaire. La recherche si simple et si rapide de la cellulite de la nuque peut orienter, d'emblée, le médecin dans son examen clinique.

« La présence de la cellulite doit provoquer aussitôt une recherche attentive des troubles intestinaux, qui restent si fréquemment latents et un examen de la région vésiculaire. Très souvent, on trouvera alors le signe de Murphy, surtout si l'on rappelle que la vésicule biliaire n'est pas toujours située dans sa position classique, qu'elle est abaissée chez les ptosiques, qu'elle est haut située chez certains sujets dont l'angle colique droit remonte anormalement, ce dont la simple percussion permet de s'assurer.

« Avec quelle fréquence peut-on, en prenant ces quelques précautions d'examens, réformer le diagnostic chez des malades soignés depuis des années pour ptose et non améliorés par le port de san-

gles orthopédiques ? On reconnaît chez eux une colopathie spasmodique ancienne, avec cholécystite simple, cellulite plus ou moins généralisée et céphalée par cellulite.

« Chez les lithiasiques, la cellulite de la nuque est aussi un appoint important pour le diagnostic. Tandis que dans les cholécystites simples des intestinaux, la douleur provoquée par la palpation vésiculaire set en général très nette ; il n'en est plus de même dans beaucoup de cholécystites lithiasiques et surtout chez l'homme. Nous insistons depuis longtemps sur ce fait dans notre enseignement et montrons souvent des malades chez lesquels l'histoire clinique, étant celle d'une lithiasie, la vésicule reste indolore à la palpation, tandis qu'il n'existe ni nausées, ni céphalée.

« Dans ces cas difficiles, une cellulite accentuée de la nuque est pour nous un fort argument en faveur de la lithiasie vésiculaire, dont la radiographie vient ultérieurement confirmer l'existence.

« Ajoutons que dans la lithiasie vésiculaire, la cellulite de la nuque est un symptôme précoce ; nous avons suivi pendant des années des malades atteints de fortes cellulites de la nuque avec céphalées ou migraines et chez lesquels nous ne pouvions, ni cliniquement, ni radiologiquement, dépister la lithiasie vésiculaire ; ce n'est que longtemps plus tard que sont apparues les crises typiques de coliques hépatiques.

« Il est des cas dans lesquels la simple consta-

tation d'une cellulite accentuée de la nuque peut permettre de trancher un des problèmes les plus difficiles de la gâstro-entérologie : le diagnostic différentiel entre les maladies de l'estomac et la cholécystite chronique.

« On sait assez comment les troubles dyspeptiques qui sont de règle dans les cholécystites chroniques, font souvent soigner pendant des années, pour des affections gastriques, des malades qui ont en réalité des cholécystites. Certes on est souvent guidé dans le diagnostic par cette règle de fréquence qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit : la cholécystite s'observe surtout chez la femme et l'ulcus gastro-duodénal chez l'homme. Il n'en reste pas moins que l'ulcus gastrique existe chez la femme et que la lithiasé biliaire n'est pas rare chez l'homme.

« Avant même d'avoir recours aux radiographies — qui, pour nous fixer, doivent être multipliées et faites par de bons spécialistes — palpons la nuque. Si nous trouvons une cellulite accentuée, si nous provoquons de vives douleurs, nous pouvons affirmer avec une quasi-certitude que le malade est atteint d'une cholécystite et non d'une maladie de l'estomac. Mais l'inverse n'est pas vrai et l'absence de cellulite ne permet nullement de pencher vers le diagnostic d'ulcus gastrique, car l'infiltration de la nuque reste inconstante au cours des cholécystites chroniques.

« Un fait clinique que nous pouvons choisir

comme exemple entre plusieurs, peut montrer l'utilité de cette recherche de la cellulite de la nuque.

« Nous avons été appelés récemment auprès d'un homme de 48 ans, qui, depuis quinze ans, souffrait de grandes crises douloureuses abdominales avec vomissements aqueux se répétant plusieurs fois par an. En 1922, le diagnostic d'ulcus gastrique avait été porté à Berlin par un gastro-entérologue universellement réputé. Le diagnostic avait été confirmé à Paris et l'intervention chirurgicale avait été décidée ; faite par un de nos meilleurs chirurgiens, elle ne décela pas l'ulcus mas seulement quelques adhérences dans la région pylorique. Les crises persistèrent aussi intenses et aussi fréquentes.

« Ce n'est qu'en 1932 qu'un de nos éminents collègues de la Faculté de Paris pensa, le premier, à une cholécystite et recommanda des cures à Vichy ; trois cures furent faites, sans donner d'amélioration nette.

« Deux grandes crises douloureuses étaient survenues en Mars et en Mai 1936.

« Je vis le malade au cours d'une nouvelle crise, en Juin.

« De très nombreuses radiographies de l'estomac et du duodénum me furent d'abord montrées, mais aucune radiographie de la vésicule biliaire n'avait jamais été demandée.

« A l'examen, malgré que le malade fut encore en crise, je ne pus déceler aucune douleur au niveau de la vésicule biliaire, ni réveiller aucune sen-

sibilité au niveau des points classiques d'irradiations.

« Mais je fus frappé par l'existence d'une cellulite intense et douloureuse de la nuque, cellulite qui, d'ailleurs, n'avait jamais provoqué de céphalées. En me basant sur ce symptôme et sur lui seul, j'affirmai le diagnostic de cholécystite chronique, probablement lithiasique.

« Un traitement dirigé dans ce sens calma rapidement la douleur et la cholécystographie que j'ai demandée permit, sans opacification préalable de la vésicule, de déceler un volumineux calcul qui imposait la cholécystectomie. Celle-ci fut pratiquée en Allemagne et amena la guérison. Ainsi donc, l'étude clinique de la cellulite de la nuque peut amener à des conclusions pratiques intéressantes. La cellulite n'est plus, pour nous, cette affection indéterminée, invoquée par certains comme cause des algies les plus diverses, méconnue au contraire par la plupart des médecins.

« Ce n'est plus la vague conséquence de l'arthritisme, du rhumatisme chronique, de troubles endocriniens aussi nombreux qu'hypothétiques.

« La cellulite et surtout la cellulite de la nuque, nous apparaît comme une complication des affections chroniques de l'intestin et de la vésicule biliaire ; ce rapport nous semble si étroit que la présence de la cellulite sert à nous orienter au cours de diagnostics difficiles qui sont ensuite vérifiés par la radiographie. »

TRAITEMENT

Avant de donner la direction du traitement, il nous est utile de rappeler les indications suivantes dont on tiendra compte au cours du traitement.

La cellulite est une complication des affections chroniques de la vésicule biliaire et de l'intestin. Elle peut être douloureuse ou non.

Le traitement s'adressera d'une part à l'infiltrat, d'autre part, à la vésicule biliaire et à l'intestin.

Il s'agit, en somme, de deux traitements physique et médicamenteux, aussi importants l'un que l'autre et devant être simultanément appliqués. Leur association amènera de grandes améliorations et même la guérison de la cellulite de la nuque, des céphalées et des migraines qui en résultent.

Parmi les agents physiques les plus anciennement connus, le massage est le plus recommandé. Il sert à obtenir la résorption de l'infiltrat, souvent cause de la douleur.

L'école suédoise s'en est servi pour guérir des céphalées rebelles. Un docteur suédois, Norström (1888) fut le premier en France à l'appliquer aux céphalées.

Actuellement, tous les auteurs français, Alquier, Brulé, Didsburg Guy Laroche, le préconisent.

Le massage se fait avec la pulpe du pouce opposée à la pulpe de l'index et médius réunis, les deux mains travaillant simultanément. C'est une sorte de pétrissage, de malaxage des noyaux sous-cutanés. On décolle la peau des plans sous-jacents et l'on fait glisser les deux feuillets l'un sur l'autre, entre le pouce, l'index et le médius.

On arrivera à écraser les nodosités et à assouplir les tissus. Cette manœuvre doit être exécutée avec douceur dans quelques cas de cellulite douloureuse.

La douleur cellulitique assez vive au début du traitement se calme assez vite et, après 5 ou 6 séances, les malades supportent plus facilement le massage.

Parfois, la douleur est tellement vive, que le massage est impossible. Alors, là, MM. Brulé et Guy Laroche conseillent l'emploi des rayons infra-rouges et surtout les ondes ultra-courtes qui amènent assez souvent une sédation rapide due à l'action de la chaleur.

Le massage devrait se faire de la périphérie vers le centre c'est-à-dire vers la veine sous-clavière.

Outre le malaxage ou pétrissage, on emploie d'autres variantes :

L'effleurage :

La main se déplace sur les téguments intéressés, sans les entraîner. C'est une manœuvre accessoire à pratiquer au commencement et à la fin des séances. Son exécution lente produit une sédation de la douleur.

La friction :

Une autre variante de massage s'exécute par la main entière, par la paume seulement, par un seul ou plusieurs doigts réunis. La main, en contact avec la région à masser se déplace en entraînant les téguments.

La vibration :

Comme la friction, la vibration peut se faire avec la main entière posée à plat ou avec la paume, avec un ou plusieurs doigts réunis. Elle consiste en une série d'oscillations très fines, si menues qu'elles sont presque invisibles sur les téguments, mais perçues par le sujet.

Pour masser les émergences nerveuses, Mme N. Du Bouchet conseille de commencer la séance de massage par un simple effleurage suivi de vibrations, puis de compressions (où l'exerce avec le bout des doigts) et de la terminer par quelques minutes d'effleurage.

Les séances peuvent être quotidiennes ou tri-hebdomadaires, de durée assez courte (10-15 minutes).

Le nombre de séances n'est pas limité. Selon les malades : ancienneté des lésions, importance ou étendue des lésions, leur situation superficielle ou profonde plus ou moins difficilement accessible, la résistance et la réaction du sujet devant le traitement, 20 à 30 séances sont nécessaires pour obtenir une amélioration durable ou la guérison. En cas de recrudescence, il est indispensable de refaire plusieurs séries de traitements.

Le massage doit se porter sur tous les points malades. Tant qu'il persiste une nodosité non guérie, le sujet sera susceptible de présenter des paroxysmes douloureux.

Les rayons infra-rouges :

Les rayons infra-rouges sont un autre moyen thérapeutique. Ce procédé est un adjuvant efficace dans les cellulites très sensibles. Les ondes ultra-courtes sont mieux supportées. Ces irradiations poursuivies à raison de séances fréquentes, en général quotidiennes, quelquefois tri-hebdomadaires et suffisamment prolongées (de 40 minutes à 1 heure) calment la douleur cellitique et déterminent un assouplissement des tissus.

L'électricité :

Sous forme de courants continus, l'électricité n'est pas à retenir.

Guy Laroche a eu des résultats insuffisants et passagers avec les courants continus. Il déconseille l'application diathermique des courants de haute fréquence, qui aggrave la douleur ou réveille une crise éteinte. Après un traitement prolongé, il a même noté, à plusieurs reprises, l'augmentation de volume des nodules dans une région saine au point d'application des électrodes.

L'ionisation est depuis longtemps employée avec succès dans le traitement de la cellulite et des céphalées par cellulite.

Dès 1906, Hartenberg a eu de bons résultats. Le nombre des séances est d'environ une quinzaine. Elles sont quotidiennes pendant la première semaine, puis, pendant les trois semaines suivantes, elles sont faites à raison de trois par semaine.

La durée d'une séance est d'une demi-heure.

Après une période de repos d'un mois, on pourra refaire une nouvelle série. Si la cellulite récidive, les séances d'ionisation sont à reprendre de temps en temps.

Les substances employées sont le salicylate de sodium, l'iodure de potassium et le chlorure de calcium.

Alquier, dans sa pratique personnelle, à la suite d'applications prolongées — loco-dolenti — conclut que :

La glycérine, l'eau salée saturée, l'onguent mercuriel, bellodané, les pommades contenant 5 % d'acide salicylique, agissent sur l'infiltrat interstitiel et sur l'engorgement lymphatique cervical.

La photothérapie à l'aide d'une lampe bleue ou violette dégageant une chaleur suffisante, exerce une action sédative sur la douleur, gonfle et assouplit les tissus et diminue l'engorgement.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Les cellulitiques soumis au seul traitement physique, sont voués aux récidives. Il faut donc supprimer les causes qui font éclore la cellulite et que nous connaissons, c'est-à-dire les troubles intestinaux et bilio-vésiculaires.

Combattre au premier abord les colopathies chroniques qui sont surtout des entéro-névroses : le spasme intestinal douloureux, la stase intestinale chronique et latente, les alternatives de constipation et de débâcles.

Les colopathies peuvent rester isolées ou prédominantes, mais bien souvent l'on trouve secondairement des symptômes de cholécystite chronique. Il faut corriger le drainage biliaire, remédier les cholécystites simples par le sel de Carlsbad, uro-

tropine, huile de Haarlem, teinture de Boldo. La persistance de ces troubles empêcherait toute amélioration ou la guérison de la cellulite de la nuque. En cas de cellulite par cholécystite calculieuse, l'intervention chirurgicale s'impose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 : *Un cas de cellulite simple*

Mlle F..., 35 ans, Paris, vient consulter M. Brulé le 14 Juin 1937 pour des douleurs abdominales survenant au réveil avec des vertiges et des nausées. Le début de ces troubles est assez ancien. Les digestions sont lentes et elle se plaint d'insomnies.

Il y a quatre ans, la consultante a présenté une crise douloureuse, type colique hépatique, avec subictère.

Les règles sont douloureuses et abondantes.

Pas de céphalées. Nausées au réveil très anciennes. Réveil vers quatre heures du matin. Tendance à la constipation.

Examen :

A la palpation, la vésicule est douloureuse, l'intestin sensible, le côlon ascendant douloureux, côlon descendant spasmodique.

A la nuque on trouve une cellulite diffuse, douloureuse à la pression. On pratique une cholécystographie avec préparation.

Le 21 Juin 1937, on voit à la radio une grande ptose du cadre cœlite, le fond de la vésicule biliaire est au niveau du disque vertébral entre la 4° lombaire et la 5° lombaire.

On administre une ceinture à pelote, le traitement médicamenteux et le massage.

Nous n'avons, depuis, plus revu la malade.

OBS. N° 2 : *Un cas de cellulite simple avec céphalées*

Histoire de la maladie : Mme F..., Paris.

La malade, âgée de 48 ans, se présente le 30 Juillet 1936 à la consultation de M. Brulé, avec un syndrome de cholécystite non calculieuse. Elle se plaint de digestions lentes, pénibles, quelquefois avec régurgitations acides. Elle a des douleurs dans l'hypocondre droit assez violentes avec irradiations dans le dos, et une constipation chronique.

Céphalée quotidienne très intense. Bien réglée.

A l'examen général :

Ictère léger, vésicule douloureuse, cadre colique peu spasmodique.

A la nuque, on trouve, au niveau des trapèzes et de leurs insertions, dans les épaules des deux côtés, une cellulite énorme.

La radiographie avec préparation de la vésicule biliaire, nous montre une vésicule opaque.

On lui prescrit le massage et le traitement de cholécystite simple.

La malade revient à la consultation le 29 Octobre 1936 avec une vésicule bien moins douloureuse. La cellulite, quoique améliorée, persiste encore. La céphalée est moins intense.

OBS. N° 3 : *Un cas de cellulite chez un homme*

M. T. G., Paris, âgé de 25 ans, se présente à la consultation le 28 Janvier 1937 pour des nausées survenant le matin, mais sans vomissement.

Le début remonte à 5 mois. L'appétit, tout en étant conservé, a diminué et les digestions sont lentes. Pas d'amaigrissement, selles normales, céphalée quelquefois.

Assez souvent, le malade accuse une douleur dans l'hypocondre droit, s'irradiant dans le dos, l'épaule droite et le creux épigastrique.

A la palpation, la région hépatique et vésiculaire est douloureuse.

A la nuque, on trouve une grosse cellulite avec quelques nodosités en plein corps musculaire du trapèze et quelques points sous-occipitaux douloureux.

Fin mars, le malade nous est revenu pour nouvelle consultation.

Le massage et le traitement médical ont franchement amélioré l'état général et la cellulite du malade.

OBS. N° 4 : *Un cas de cellulite avec cholécystite calculeuse*

Mme G..., âgée de 25 ans, Drancy, consulte,

le 26 Octobre 1936 M. Brulé pour des douleurs dans l'hypocondre droit pas très intenses, mais accompagnées de douleurs dorsales droites très vives et d'irradiations épigastriques. Ces douleurs se produisent depuis 18 mois environ, mais sont devenues très nettes et exagérées dans les trois derniers mois.

Pendant cette période de trois mois, elle a maigri de 3 kilos.

Actuellement, les crises douloureuses surviennent environ trois heures après les repas avec une légère température, dit la malade, des sueurs et des nausées. Rarement des vomissements bilieux.

Constipation opiniâtre, malgré les laxatifs. Se sent toujours fatiguée. L'appétit a diminué.

La malade présente une céphalée épicroânienne intense et fréquente. Elle se plaint également d'insomnie.

Bien réglée.

A l'examen : on trouve une vésicule ptosée et nettement douloureuse.

A la nuque, on trouve une cellulite bilatérale gênant la rotation de la tête.

A la radio, on voit une vésicule remplie de gros calculs.

On intervient chirurgicalement. Nous n'avons pas, depuis, revu la malade.

OBS. N° 5 : *Un cas de cellulite généralisée
et douloureuse*

Mme L. B..., 54 ans, Paris, vient en Novembre 1936, consulter M. Brulé pour des douleurs dans les hypocondres droit et gauche.

La maladie a débuté il y a environ deux ans par des douleurs avec diarrhée durant 4 ou 5 jours.

Actuellement, constipation opiniâtre.

Pas de vomissements, mais des nausées.

Céphalées occipitales. Appendicectomie il y a dix ans.

A l'examen :

Le ventre ballonné avec encoche de la matité hépatique, présente une cellulite diffuse.

A la nuque, on trouve un épaississement du tissu cellulaire sous-cutané couvrant les trapèzes et les deltoïdes. On retrouve le même épaississement sous-cutané à la face interne des cuisses et à la face postéro-interne des jambes.

La cellulite étant très douloureuse, l'examen à pratiquer était assez difficile.

A la radio :

Le côlon descendant très spasmodique, surtout à la partie inférieure de la sigmoïde. Angle colique droit collé au bulbe qui est normal. Vésicule très douloureuse.

En somme, cholécystite simple et cœlite spasmodique avec cellulite généralisée et très douloureuse.

Après avoir revu la malade, à laquelle il a été administré les traitements physiques et médicamenteux, dont il a été fait mention précédemment, nous avons constaté une amélioration manifeste de la cellulite, ainsi que de ses troubles intestinaux et vésiculaires.

OBS. N° 6 : *Un cas de cellulite généralisée
non douloureuse*

Mme B..., 51 ans, Paris, consulte M. Brulé, le 27 Janvier 1937 pour des céphalées très fréquentes et une raideur de la nuque.

L'insomnie est de règle cauchemars très fréquents. Se plaint de digestions longues et pénibles et de nausées. Pas de vomissements.

Constipation opiniâtre avec gaz intestinaux

Le début de sa maladie remonte à 4 ans.

Actuellement, elle se trouve à la ménopause.

A l'examen, la vésicule est douloureuse.

A la radio, la vésicule est opacifiée et située très haut.

Le côlon ascendant est sensible.

A la nuque, on trouve une grosse cellulite bilatérale, une peau blindée de grains, collée sur les plans profonds. Entre la 6° cervicale et la 1^{re} dor-

sale, la cellulite forme un coussinet collant aux plans profonds. Les mouvements de la tête sont très gênés.

On retrouve l'infiltration cellulitique aux épaules, à la paroi abdominale, aux faces internes des cuisses et à la face interne des mollets.

L'examen est facile à faire car la cellulite est à peine sensible. Nous avons revu, depuis, la malade.

Bien que la cellulite soit améliorée, elle persiste toujours.

La malade suit un traitement conjugué physique et médical.

OBS. N° 7 : *Un cas de cellulite avec céphalées
périodiques*

Mlle S..., 17 ans, se présente à la consultation le 17 Décembre 1936 pour des douleurs épigastriques. Ces douleurs irradient vers l'épine de l'omoplate gauche et l'hypocondre droit. Elles sont caractérisées par leur horaire, la malade souffrant après minuit.

A part les douleurs, elle présente des nausées le matin. Elle est également sujette à la constipation.

Vers une ou deux heures du matin, la malade se plaint de céphalée assez intense, céphalée frontale. Elle évolue par poussées de deux ou trois jours,

entrecoupées de périodes sans douleur de durée variable.

Pas d'autres troubles. Bien réglée.

A l'examen, la région vésiculaire est très sensible, à la palpation, tout le cadre colique est nettement spasmodique.

A la nuque grosse cellulite, douloureuse à la pression.

Les mouvements latéraux et de flexion de la tête sont douloureux. D'après l'histoire clinique, il s'agit bien d'une cholécystite avec cellulite de la nuque. On lui conseille le massage et le traitement médical.

Nous la revoyons un mois après. Elle est moins constipée, la céphalée persiste, mais la cellulite s'est sensiblement améliorée. A la radio, la vésicule est ptosée. Le fond de la vésicule se trouve au niveau de la 5^e lombaire.

Obs. N° 8 : *Un cas de cellulite avec crises
de migraine*

Observation citée par Mme N. Du Bouchet, malade du Docteur Brulé. Mme G..., 50 ans.

Histoire de la maladie :

Depuis 6 ans, la malade souffre de cholécystite et de poussées de colite.

Depuis la même époque, elle présente des crises de migraine avec hémicrânie droite ou gauche,

vomissements alimentaires ou bilieux, photophobie, mais sans troubles oculaires.

Durée de la crise : 24 heures.

Au début une fois tous les deux ou trois mois. Depuis l'hiver 1929, les accès surviennent à raison de deux par mois.

Depuis le mois de Novembre 1929, entre les crises, la malade se plaint de douleurs dans la nuque et dans la région occipitale. De plus, la malade est rhumatisante. Elle se plaint de douleurs aux articulations des genoux, des hanches, améliorées par des cures à Aix.

Examen :

Cellulite sous-cutanée diffuse. Nodosités dans le trapèze des deux côtés. Petite induration à la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien droit.

Hypertonie musculaire.

Emergences nerveuses. Points occipitaux épais-sés et hypersensibles, surtout à gauche.

Points faciaux tous infiltrés et douloureux.

Traitement par les massages, en février 1929.

Pendant la durée du traitement, la malade a présenté un accès typique de migraine. Pendant deux ans, cette dernière n'a plus présenté du tout de migraine. L'hiver dernier, elle a eu deux crises, à plus d'un mois d'intervalle.

CONCLUSIONS

La cellulite de la nuque est, dans la majorité des cas, le corollaire des affections chroniques de l'intestin et de la vésicule biliaire (Brulé).

Elle se trouve presque exclusivement dans deux catégories de cas : dans les colopathies chroniques spasmodiques, si souvent compliquées de cholécystites chroniques non lithiasiques,, et dans la lithiasc vésiculaire.

Cliniquement, elle se traduit par un épaissement du tissu cellulaire sous-cutané de la nuque souvent difficile à décoller des plans sous-jacents. Celui-ci n'est pas de l'œdème.

Elle peut être unilatérale ou symétrique douloureuse ou non, souvent très sensible à l'examen : elle ne cause pas de fièvre et n'entraîne pas de troubles trophiques.

Les sujets des deux sexes peuvent en être atteints, à tout âge, aussi bien les maigres que les obèses. Elle est plus fréquente chez la femme, mais on sait combien les troubles intestinaux et biliaires sont fréquents chez elle.

Elle peut engendrer des maux de tête et même des migraines.

Le diagnostic repose tout entier sur la consta-

tation objective de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

La cellulite se distingue :

— de l'obésité simple par l'absence de la douleur,

— du lipôme simple qui est une tumeur dont les caractéristiques sont connues,

— des névrites dont les douleurs sont localisées au trajet des troncs nerveux et qui entraînent des troubles trophiques,

— des névralgies par la localisation de la douleur.

Le début de la cellulite est variable, difficile à saisir. Une fois installée, elle se durcit, procédant par poussées plus ou moins rapprochées et passe à la chronicité. Abandonnée à son évolution naturelle, la cellulite a peu de tendance à la résorption.

Le traitement par les agents physiques, associé au traitement médicamenteux, améliore ou guérit les malades.

Vu : *Le Doyen,*
Tiffeneau.

Vu : *Le Président,*
A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER. — La cellulite (La médecine, n° 3, février 1935).
- La céphalée cellulitique (Concours Médical, n° 48, 28 Novembre 1926).
- M. BRULÉ et GARBAN. — Le retentissement hépatobiliaire des infections d'origine intestinale, 1923.
- M. BRULÉ. — La cellulite de la nuque dans les affections du tube digestif et son importance diagnostique. Presse Médicale, 6 Janvier 1937.
- DESGEORGES. — Cellulite et colibacillose (Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris, 138 : 44-51, 12 Janvier 1934).
- DIDSBURY. — Causes et traitement de la migraine (Courrier Médical, 19 Décembre 1926).
- Mme N. DU BOUCHET. — Myocellulite cervicale et céphalées. Thèse, Paris 1931.
- FORESTIER. — Cellulite vertébrale et rhumatisme cervical. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Paris, Janvier 1923).
- GUY-LAROCHE et Hélène VACHER. — Cellulite et troubles endocriniens. (Gaz. Méd. de France et des

- Pays de langue française. Extrait du n° 12, du 15 Juin 1935).
- GUY-LAROCHE et Lucienne MEURS-BLATTER. — La cellulite, 1933.
- HARTENBERG. — Rapport sur la cellulite (Soc. de Méd., 23 Avril 1923).
- HUGEL, de Bagnoles-de-l'Orne. — Considérations pratiques sur la pathologie du tissu cellulaire des membres (Le Monde Médical, 1^{er} Janvier 1937).
- LAGÈZE. — Sciatiques et infiltrats cellulalgiques (Thèse, 1929, Lyon).
- R. LEVEN. — Quelques remarques sur la cellulite abdominale (Extrait des Annales et Bull. de la Soc. Royale de Méd. de Gand, Mai-Juin 1936).
- G. MONOD. — La cellulite, symptôme hépato-biliaire (Nutrition, T.II, n° 2 1932, G. Doin et Co édit. Paris).
- S. OUMIKOV. — La cellulite en O.R.L. (Thèse de Paris, 1935).
- PAVIOT. — Les cellulites, leurs rapports^e avec les troubles hépato-digestifs, leurs terrains (Journ. de Méd. Lyon, 20 Juillet 1926).
- STAPPER. — Cellulite et myocellulite localisée douloureuse (Annales de gynécol. et d'Obst. 1893):
- PARTURIER, LARVIER et RICOUX. — Note sur la na-

ture et le traitement de la cellulite (Bull. de la Soc. de thérap., 9 Déc. 1936).

WETTERWALD. — Qu'est-ce que la cellulite ? (La médecine Intern., n° 9, Septembre 1932).

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE	9
Etiologie-Pathogénie	11
Théorie Rhumatismale	11
Théorie de la Stase lymphatique	12
Théorie de l'altération humorale	13
Théorie infectieuse et toxique	14
Rôle de la Colibacillose	17
Théorie endocrinienne	17
Théorie hépato-intestinale	20
Anatomie pathologique	27
Symptomatologie	31
Céphalées celluliques	35
Migraines cellulitiques	37
Syndromes cliniques	39
DIAGNOSTIC	40
Evolution	42
L'importance diagnostique de la cellulite de la nuque....	43
TRAITEMENT	48
Traitement Médicamenteux	53
OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

